



CENTRO DE FORMAÇÃO

Acreditado pela ACSS processo de renovação n.º 015/19-10-2000 e despacho ministerial de 26-01-2001
Entidade equiparada a certificada pela DGERT, de acordo com o artigo 4º da Portaria n.º 851/2010 de 6-09-2010
Entidade Certificada pela SGS cumprindo os requisitos da Norma 4512:2012

4. Informações Complementares

Funções que desempenha _____

Ações de formação frequentadas anteriormente no Centro de Formação do CHLN _____

Expectativas em relação a esta Ação de Formação _____

Outras Informações / Sugestões _____

Data ____ / ____ / ____ Assinatura do Candidato ⁴⁾ _____

Autorizo a divulgação dos dados pessoais para efeitos de eventual auscultação por parte do Sistema de Certificação.

5. Formas de Pagamento

Pagamento por cheque <input type="checkbox"/>	
N.º: <input type="text"/>	Banco _____
Valor _____, €	
Pagamento por Transferência Bancária <input type="checkbox"/> (obrigatório apresentação do respetivo comprovativo)	
IBAN PT50 0781 0112 01120013334 08	
Dados para emissão do recibo ⁵⁾ :	
Nome _____	NIF: <input type="text"/>
Morada _____	

6. Centro de Formação

Recebido em ____ / ____ / ____	Por _____	Nº Inscrição _____
Observações: _____		

Data ____ / ____ / ____	Assinatura (Responsável pela Seleção) _____	

- 1) A desistência ou não comparência do formando, quando selecionado, no dia do início da ação de formação deve ser comunicada ao Centro de Formação. A não observância deste preceito levará à sua substituição e não seleção em futuras ações de formação.
- 2) Os dados incorretos/incompletos condicionam a emissão do Certificado de Formação.
- 3) Os dados pessoais estão protegidos de acordo com a Lei de Proteção de Dados n.º 67/98 de 26 de Outubro.
- 4) Ao datar e assinar confirmo que as informações constantes neste formulário são verdadeiras.
- 5) Após a emissão do Recibo, não é possível a sua substituição e/ou alteração.